

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THESE

N°

59

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée par

MADAME PAULETTE ROYER

née à Lons-le-Saunier (Jura), le 24 Février 1895

Contribution à l'Etude
Clinique & Anatomique
de la
Colite Aiguë du Vieillard

*Travail de l'Hospice départemental de Villejuif
(Service du Professeur Agrégé G. Roussy).*

PARIS
EDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée par

MADAME PAULETTE ROYER

née à Lons-le-Saunier (Jura), le 24 Février 1895



Contribution à l'Etude

Clinique & Anatomique

de la

Colite Aiguë du Vieillard

*Travail de l'Hospice départemental de Villejuif
(Service du Professeur Agrégé G. Roussy).*

PARIS

EDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

MM.

Anatomie descriptive	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA.
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BEZANÇON.
Physiologie	RICHER.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	LEGÈNE.
Pathologie interne	RENON.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MÉNÉTRIÉR.
	GILBERT.
Cliniques médicales	CHAUFFARD.
{ Hôtel-Dieu	WIDAL.
{ Saint-Antoine	ACHARD.
{ Cochin	VAQUEZ.
{ Beaujon	HARTMANN.
Clinique thérapeutique de la Pitié	LEJARS.
{ Hôtel-Dieu	DELBET.
{ Saint-Antoine	GOSSET.
Clinique chirurgicale	BAR.
{ Cochin	COUVELAIRE.
{ Salpêtrière	BRINDEAU.
{ Tarnier	JEANSELME.
Clinique obstétricale	TEISSIER.
{ Baudelocque	P. MARIE.
{ Pitié	N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NOBECOURT.
— des maladies infectieuses	MARFAN.
— des maladies nerveuses	Auguste BROCA.
— des maladies mentales	LEGUEU.
— infantile médicale	FAURE.
— d'hygiène de la première enfance	DE LAPERSONNE.
— infantile chirurgicale	SEBILÉAU.
— des voies urinaires	LANGLOIS, agrégé.
— gynécologique	FREYT (chargé de
— ophtalmologique	cours).
— oto-rhino-laryngologique	
Physiologie appliquée à l'éducation physique	
Stomatologie	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEI-LAVASTINE	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLEIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

59

A Mon Président de Thèse :
Monsieur le Professeur ACHARD,
*Professeur de Clinique Médicale de la Faculté,
Membre de l'Académie de Médecine.*

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris :

M. le Docteur WALTER,
M. le Docteur CLAISSE,
M. le Professeur BAR.

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux de Besançon :

M. le Docteur CHAPOY,
M. le Docteur GAUDERON,
Madame le Docteur BON.

Introduction

La Pathologie de l'intestin ne laisse pas d'avoir été fort étudiée, en particulier pendant les années de guerre, où les dysenteries de toutes nature ont fait l'objet de maints travaux. Cependant ces mêmes maladies ont été assez peu suivies quant à la forme et à l'allure qu'elles revêtent chez les vieillards.

Depuis Durand-Fardel, qui y consacre un long article dans son « Traité Pratique des Maladies des Vieillards », peu d'auteurs se sont intéressés à ces formes pathologiques.

Au cours de la période estivale il est fréquent d'observer dans les hôpitaux ou hospices de la vieillesse, de petits foyers épidémiques de « Côlite aiguë » foyers peu extensifs, englobant quelques voisins de salle ou même de lit.

Pendant cette dernière saison d'été particulièrement chaude, il nous a été permis de recueillir à l'hospice Paul Brousse, dans le service du Professeur agrégé Roussy, une vingtaine de cas de colite aiguë chez des vieillards âgés d'au moins 75 ans, sauf dans un cas où la malade âgée seulement de 57 ans était hémiplégique. Tous étaient des débiles confinés au lit, en état de déficience physiologique très marquée. Lors de l'été 1920 il s'était d'ailleurs présenté, dans le même service, quelques cas semblables, plus isolés et d'allure moins grave.

Cette épidémie se reproduit donc à peu près

chaque année ; mais elle ne doit pas être considérée comme une banale diarrhée saisonnière. Elle est grave d'emblée et évolue avec rapidité, le plus souvent vers une issue fatale puisque sur 20 cas nous notons 12 décès.

Comme l'avaient constaté Louste et Godlewsky, Malloizel et Datessen, dans les cas de Dysenterie Bacillaire observés pendant la guerre en divers points du front, ou en Bretagne lors des épidémies annuelles, il est probable que le principal agent de transmission est la mouche commune, agent actif en dépit de toutes les précautions prises pour l'éviter et le combattre.

Nous avons intitulé ce travail, en l'absence d'étude bactériologique complète, « Etude Clinique et Anatomique de la colite aiguë du vieillard », car en effet les vérifications nécropsiques et histologiques permettent de localiser dans le gros intestin les diverses lésions constatées.

Nous tenons à remercier au seuil de ce travail, M. le Professeur Agrégé Roussy, à la bienveillance duquel nous devons d'avoir pu examiner les malades de son service ; le Docteur Cornil, Préparateur à la Faculté et M. Cuel, interne à l'hôpital P. Brousse, qui nous ont dirigée et conseillée dans ce travail.

Étude Clinique

Ainsi que le remarque Durand-Fardel « les entérites du vieillard revêtent souvent la forme dysentérique parcequ'elles ont leur siège dans le gros intestin. cela à cause de la congestion sanguine qui règne dans toute la partie inférieure du tube digestif des vieillards en général ». Cette congestion favorise la production d'ulcérations en diminuant la vitalité de la paroi. Aussi Durand-Fardel ajoute-t-il que ces dysenteries des vieillards n'ont pas de spécificité.

Le début de la maladie est brusque, rien ne la fait prévoir, lorsque subitement, quelques heures après un repas, le malade, est pris de vomissements d'abord alimentaires, puis muco-visqueux, bilieux, enfin porracés. Ils se produisent presque uniquement pendant les premières 24 heures, avec une faible abondance et en petit nombre. Dans un cas seulement, MM. Cornil et Cuel les ont vu durer cinq jours entiers et donner à la maladie l'allure d'une gastro-entérite. Ces vomissements s'accompagnent d'une brusque mais légère élévation de température, sans frisson, température qui ne dépasse guère 38° à 38°5.

Dans quelques cas la diarrhée est le premier symptôme; en général elle suit de près les vomissements et se traduit par deux ou trois évacuations liquides jaunâtres ou brunâtres, abondantes et très fétides. Elles ne sont jamais très nombreuses contrairement à ce que l'on constate dans les cas graves de

dysenterie bacillaire où les malades ont des selles presque ininterrompues. Fait important à signaler : Elles se produisent sans épreintes et sans coliques violentes. Les malades accusent parfois des coliques péri-ombilicales légères et même dans certains cas les coliques font totalement défaut.

La palpation de l'abdomen est très peu douloureuse, même la palpation profonde. On trouve du gargouillement dans les fosses iliaques, sans rien de plus.

Dès le début, les malades ont la langue sèche, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, épais, sur le fond duquel font saillie des papilles très rouges.

L'état général s'altère rapidement.

A la période d'état, on trouve le malade prostré dans son lit, le faciès tiré, le regard fixe et lointain. Il peut à peine manifester une soif très vive et absorber quelque liquide. L'anorexie est absolue, la déshydratation très accentuée en dépit de toute thérapeutique.

Puis très rapidement, l'évolution prend un caractère d'extrême gravité. Le malade a la langue sèche, rôtie, les dents et toute la muqueuse buccale sont couvertes de fuliginosités. Dans quatre de nos cas nous avons même constaté des ulcérations de la voûte palatine, de la face interne des joues, des piliers antérieurs du voile du palais : ulcérations superficielles à bords irréguliers, à fond saignant, recouvertes d'une membrane aphteuse. Leur dimension varie du diamètre d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes et chez un malade où l'évolution fut particulièrement rapide nous avons constaté la présence de muguet sur la muqueuse buccale. (Obs. VII)

A cette époque, l'abdomen est un peu dur, ballonné, non douloureux et ne présente pas de gargouillement. Les selles restent peu nombreuses (elles ne dépassent pas cinq à six par jour en général, toujours sans ténésme) et de plus elles sont peu abondantes. Elles ont l'aspect glaireux et parfois celui de blanc d'œuf strié de sang (Obs. III). Dans quelques cas enfin ces selles ont été d'emblée hémorragiques et nous avons même pu noter chez un malade une hémorragie rectale de 3 à 400 cc. (Obs. II). A titre exceptionnel MM. Cornil et Cuel ont noté dans un cas des selles à type cholérique, avec grains riziformes.

Les urines sont claires, citrines et rares, puisque, à part un cas où elles se maintinrent à 1200 cc, nous n'en avons constaté que 200 à 300 cc. chez tous les autres. Il faut ajouter que bon nombre de nos malades présentaient tantôt une incontinence, tantôt une rétention d'urines, ainsi qu'on le constate dans la généralité des maladies aiguës du vieillard.

La température qui, au début, subit une petite élévation, revient sensiblement à la normale après le deuxième jour.

Le rythme du pouls est accéléré, il atteint 110 à 120; à l'auscultation, le cœur présente des extrasystoles avec un assourdissement net de tous les bruits.

Quand l'état général est très touché, le facies est terreux, les yeux excavés, les narines pulvérulentes; le malade présente des crises de hoquet persistant pendant une ou deux heures, se reproduisant à plusieurs intervalles, au rythme de trois ou quatre secous-

ses par minute. (Dans un cas — Obs. II — le hoquet s'est installé dès le début de la maladie et a duré jusqu'à la mort survenue au dixième jour.

Plus rarement les malades ont présenté des symptômes méningés : raideur de la nuque, Signe de Kernig pendant deux ou trois jours parfois même jusqu'à la mort.

La *durée de l'évolution* est variable : de dix à douze jours dans les cas favorables. On voit alors l'apathie diminuer ainsi que la soif. Les urines deviennent plus bondantes et laissent un sédiment blanc, le pouls se ralentit, les évacuations sont moins nombreuses, plus consistantes (puriformes dans un cas), à odeur coli-bacillaire, enfin reviennent à une ou deux par jour et reprennent peu à peu un aspect normal. Tout en restant très touché par cette atteinte et sans recouvrer sa santé antérieure, le malade peut guérir complètement quoique lentement : 3 ou 4 mois. Cependant, la plupart de ceux qui guérissent de cette crise aiguë restent gâteux.

Dans les cas défavorables, de beaucoup les plus nombreux, l'aggravation est des plus rapides. L'adynamie et la prostration vont croissant, le malade ne tarde pas à délirer. Ce délire est bientôt suivi d'un demi-coma accompagné d'évacuations involontaires; enfin la mort survient en deux ou trois jours, sans pourtant que le nombre des évacuations alvines aille en s'accroissant.

Mais cette évolution de la maladie n'est pas la règle; il n'est pas habituel que la mort survienne au

cours de la colite sans complications d'autre nature. Le plus souvent la température qui oscillait autour de la normale subit une nouvelle ascension brusque, plus marquée que celle du début, atteignant 39 à 39°5 vers le 5° ou 6° jour. On examine le malade, on trouve un peu de submatité à la base de l'un ou des deux poumons, l'auscultation permet de constater une diminution du murmure vésiculaire, parfois la respiration est un peu soufflante. « La broncho-pneumonie, terminaison la plus fréquente de l'infection, comme elle est la plus commune des affections aiguës du vieillard (Roussy et Leroux) » s'installe (nous l'avons constatée huit fois sur onze). Dans d'autres cas la poussée thermique ne paraît même pas, la broncho-pneumonie évolue en silence, les signes auscultatoires sont des plus discrets et l'autopsie seule révèle le foyer congestif..

Diagnostic

Le diagnostic de colite aiguë peut être quelque peu hésitant dans bien des cas. Il est en effet assez facile d'éliminer la diarrhée urémique, par le dosage de l'urée sanguine. (Pratiqué à diverses reprises ce dosage nous a donné des résultats modérés. Nous avons cependant eu 0 gr. 87 dans un cas, explicable par le seul fait de l'inanition chez de tels malades).

Dans tous les cas que nous avons pu observer il y avait peu ou même pas de douleurs spontanées ni provoquées, contrairement à ce que MM. Lemierre et Piedelièvre signalent dans les cas d'ulcérations urémiques, si nous avons noté quelques vomissements, ils furent de peu de durée au début de la maladie. D'autre part, l'asthénie, la torpeur, l'amaigrissement ont eu une évolution beaucoup plus rapide et plus brutale que dans les grandes azotémies. D'ailleurs les ulcérations urémiques existent chez les seuls malades parvenus au terme ultime du mal de Bright. De plus, dans l'urémie, l'anémie est antérieure aux hémorragies, les malades sont fréquemment hypothermiques, présentent des lésions oculaires jamais constatées chez nos malades.

Les ulcérations urémiques sont d'ailleurs assez rares. Enfin, la seule notion d'épidémité saisonnière permet d'éliminer la pathologie urémique de cette affection. Il ne s'agit donc pas, en définitive, de ces

côlites ulcéreuses urémiques étudiées récemment par Lemierre et Piedelièvre.

La diarrhée consécutive à l'oblitération d'une artère mésentérique présente des caractères qui la rapprochent de cette côlite aiguë que nous étudions : elle est en effet séreuse et sanguinolente, s'accompagne d'un hoquet soutenu, de vomissements, la température reste basse, le pouls rapide, mou et dépressif; mais elle se présente avec une allure dramatique bien différente de la colite aiguë. Le début est marqué en effet par une douleur profonde « à caractère de crampe violente ». L'exploration de l'abdomen produit une véritable angoisse chez le malade « qui est plus effrayé que prostré ».

La diarrhée des artério-scléreux est toute transitoire, elle n'est pas de longue durée et ne présente pas de sang.

Thérapeutique

Enfin la thérapeutique dans cette forme pathologique se montre particulièrement inefficace. La diarrhée n'est pas atténuée par le sous-nitrate de bismuth, ni par le laudanum à la dose de vingt gouttes par jour. Les antiseptiques intestinaux : benzo-naphtol, acide lactique, charbon, n'ont pas eu plus de succès que les lavages faits avec l'eau oxygénée (60 cc par litre) ou le permanganate de potasse à 0.25 0/00. C'est le tannin opiacé (formule du Codex) qui a paru donner le meilleur résultat en ce qui concerne la diarrhée.

Quand à la déshydratation, elle a été combattue par la médication habituelle : sérum glucosé, lavements nutritifs, etc... sans préjudice de toni cardiaques pour lutter contre l'asthénie cardio-vasculaire : injections d'huile camphrée à haute dose, digitaline, potion de Todd.

Étude Anatomique

L'anatomie pathologique montre que les lésions prédominent dans le gros intestin, en particulier dans le colon transverse, descendant, l'anse sigmoïde et le rectum.

Aspect microscopique

L'estomac n'est pas touché, le grêle fort peu, ou s'il l'est dans quelques rares cas, il présente un simple aspect congestif, sans aucune ulcération. Par contre la paroi du gros intestin présente tous les degrés d'altération, depuis la congestion simple jusqu'aux ulcérations confluentes. Chaque genre de lésion correspond à un type clinique défini.

Dans les cas rapides avec abondante évacuation noirâtre, l'intestin est le siège d'une intense congestion généralisée, avec turgescence des vaisseaux qui saillent en arborisations injectées. La surface de la muqueuse est violacée en entier ou par plaques.

A un degré plus avancé, marqué cliniquement par une évacuation plus abondante, suivie d'une plus rapide évolution, on trouve des suffusions hémorragiques, quelques taches noires, sans ulcérations. Dans un cas particulièrement rapide qui évolua en trois jours avec une diarrhée hémorragique d'emblée, nous avons trouvé toute une série de nombreuses ulcérations dans une région où la suffusion hémorragique était intense (Obs. IX et XI).

La muqueuse malade est parfois recouverte d'exudations brun-rougeâtres sèches ou visqueuses sur les saillies. Enfin le groupe le plus important est celui dans lequel on trouve toujours des ulcérations en cratères, avec des bords à pic, un fond rosé sanguinolent.

Leur dimension varie du diamètre d'une petite lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes. Les contours sont arrondis ou polycycliques sur tout le colon descendant, mais on ne trouve pas d'ulcérations confluentes. (Le colon descendant peut revêtir l'aspect noueux et variqueux signalé d'abord par Cruveilhier, puis par Patel et Pellanda, aspect qui est complètement indépendant de la lésion érosive et peut exister en dehors de toute colite). Dans deux cas, MM. Cornil et Cuel ont trouvé des plaques blanchâtres, surélevées, granuleuses, à contours irréguliers de plus grande dimension.

Cet aspect des ulcérations rappelle celui de la muqueuse de la même région dans les cas sévères de dysenterie bacillaire étudiés par Lœper.

A côté des lésions intestinales, nous avons noté des lésions classiques observées chez le vieillard. Dans la majorité des cas l'aorte, en particulier l'aorte abdominale et ses branches, présente de larges zones calcifiées athéromateuses. Le myocarde revêt un aspect mou, jaune, flasque, celui que l'on constate chez les vieillards morts par infection. Les poumons sont ceux que l'on observe dans tous les cas de broncho-pneumonie.

Lésions microscopiques

Dans la forme congestive non ulcéreuse, on constate un afflux leucocytaire moyen, avec dilatation vasculaire.

Dans la forme hémorragique avec congestion intense et ruptures vasculaires, la sous-muqueuse est envahie et dissociée par l'afflux leucocytaire, tandis que la muqueuse est peu altérée.

Dans la forme ulcéreuse la muqueuse disparaît, une véritable napp epurulente se forme et la sous-muqueuse conserve son intégrité.

Ces lésions sont comparables à celles de la dysenterie bacillaire, mais les tuniques vasculaires sont épaissies et souvent thrombosées, altération fréquente chez le vieillard et qui explique la gravité de la lésion et la formation de nombreuses ulcérations par l'irrigation défectueuse des muqueuses.

Considérations Générales Pathogéniques

L'origine de cette colite aiguë est assez difficile à déterminer, car, si par certains côtés elle se rapproche cliniquement et anatomiquement des dysenteries bacillaires, elle offre par bien des points une similitude de symptômes avec les crises intestinales des athéromateux.

Dans deux cas seulement nous avons pu séparer, dans l'examen des selles, — et nous l'avons déjà signalé — les germes qui permettent d'éliminer la dysenterie bacillaire. Nous avons pu cependant constater la fréquence et l'abondance du coli-bacille et de l'association strepto-bacillaire; quant aux autres germes, la séparation est difficile à obtenir, les cultures pures sont rares ; la flore est très riche mais non significative.

De plus, actuellement, la spécificité du bacille dysentérique est à l'étude et nous ne pouvons que rappeler les différentes opinions récemment émises.

Si nous relevons quelques observations publiées au cours de ces dernières années, nous constatons ce qui suit :

En 1917, MM. Malloizel et Datessen dans leurs études sur les épidémies de Bretagne, épidémies bacillaires, remarquent que dans leurs cas bénins de dysenterie, les selles ne contiennent que le coli-bacille, alors que dans les cas graves il a complètement disparu et se trouve remplacé par le bacille dysentérique.

En 1918, dans un travail sur une épidémie de dysentérie bacillaire, MM. Bezancon, Ranque, Senez, Coville et Paraf, signalent dans les cas bénins de cette maladie, la présence de bacilles aberrants à types non déterminés, non définis.

Costantini note en 1919, que dans certaines conditions, dans les formes frustes, le coli-bacille devient dysentérique et que d'ailleurs les types bactériologiques du bacille dysentérique sont innombrables.

Louste et Godleswki identifient les bacilles avec difficulté.

Enfin, à Varsovie, Janowski signale tout dernièrement les résultats obtenus par Schmitz en 1919 : « Il obtint par ensemencements consécutifs, des changements de qualité du microbe. Successivement le bacille dysentérique a les caractères du bacille typhique et du coli-bacille ou du coli-bacille et du paratyphique B. et du pseudodysentérique ». et Janowski se demande « si toutes les formes spécifiques ne sont pas des variétés du coli-bacille, sous l'influence de diverses conditions ». Il ajoute : « Le coli-bacille normalement non toxique peut, dans certaines conditions, causer une cholérine qui tue en quelques heures. Le bacillus coli peut présenter une telle sorte d'augmentation de sa virulence qui aboutit anatomiquement à l'apparition d'ulcérations dans l'intestin et qui se manifeste cliniquement par la dysenterie ».

Dans la plupart des formes entéritiques il se produit une augmentation de la virulence de tous les hôtes normaux de l'intestin, en particulier du coli-

bacille; il détruit les autres espèces microbiennes par production d'acide lactique (Bienstock, Tissier et Martelly).

Nobécourt et Sylvestris insistent sur l'importance de l'association strepto-bacilaire dans les entérites aiguës de l'enfant; chez le nourrisson, l'entérite aiguë succède parfois à l'emploi de lait maternel ou aseptique, par conséquent l'infection est purement endogène, or dans ce cas, on trouve dans les matières fécales le coli-bacille et le streptocoque soit isolés, soit associés, en grande abondance, dans un grand nombre de cas à l'exclusion de toute autre forme microbienne.

A cette cause d'infection, ajoutons le rôle important joué par l'athérome sénile signalé d'abord par M. Mouisset, puis par MM. Cornil et Cuel, athérome qui favorise singulièrement la production de lésions intestinales de tout ordre, alors que la pullulation microbienne paraît remplir un rôle plutôt secondaire, si nous considérons l'importance de l'état vasculaire mésentérique et la débilité du terrain d'évolution.

Observations

Dans ce chapitre nous présentons quelques observations. Les anamnestiques ne sont pas relatés, le diagnostic clinique posé à l'entrée des malades à l'hospice est seul signalé. Nous relevons en outre le résumé de trois protocoles d'autopsies, l'observation n'a pu être recueillie.

Obs. I. -- Marie-Claire C., 82 ans. — Sénilité.

Malade qui entre à l'infirmerie dans les premiers jours du mois d'août, avec une diarrhée persistante. Elle est très affaiblie, inerte dans son lit, refuse toute nourriture, ne peut absorber que du lait et de l'eau bouillie. La température est normale.

On institue un traitement : benzo-naphtol, tannin opiacé, élixir parégorique, lavages intestinaux au permanganate de potassium.

En dépit du traitement, le 8 août, on constate que la malade s'affaiblit de plus en plus, elle ne s'alimente en aucune manière. Sa diarrhée est intermittente, peu abondante, mais glaireuse et sanguinolente. On donne alors à la malade des lavements nutritifs.

Aux poumons, on trouve une matité de bois à la base gauche. Le murmure vésiculaire est aboli. Une ponction exploration ramène un liquide citrin. La ponction évacuatrice donne un litre de liquide.

Le 10 août, la base gauche est submatte ; la respiration est souffrante et la voix retentit. En même temps, on trouve un foyer pneumonique au tiers moyen du poumon. Les bruits du cœur sont affaiblis, mais non arythmiques. Le pouls est régulier, mais faible. La température reste normale. Le décès survient le 14 août.

L'autopsie pratiquée le lendemain montre des plèvres adhérentes à droite et à gauche. Deux litres de liquide à gauche.

Le poumon gauche présente un aspect langue de chat de tout le lobe inférieur atelectasié, sans lésions macroscopiques.

Au poumon droit on ne trouve qu'un nodule crétacé. Le cœur est atteint de péricardite adhésive récente généralisée. On trouve de petites granulations tuberculeuses et une notable surcharge graisseuse sous épicaudique. Enfin, on note un athérome de l'aorte thoracique.

Dans l'abdomen, de nombreuses ulcérations cratériformes communiquent à la face externe de l'intestin, et sont particulièrement nombreuses sur le colon transverse et le rectum. Celui-ci est rétréci, épaissi avec des kystes appendus communiquant avec la lumière de l'intestin remplie de matières fécales. L'ouverture d'un kyste se trouve au niveau d'une ulcération.

Le foie a les caractères d'un foie cardiaque. Les reins sont petits.

Obs. II. — Etienne Br..., 76 ans. — Entré à l'hospice en 1913 avec une hémiparésie droite avec contracture et aphasie.

Le 21 juillet, il entre à l'infirmerie pour diarrhée profuse et fétide, sans vomissements. La température à l'entrée est de 39°. Le foie et la rate sont normaux, le teint bronzé, la langue sèche. Le poumon gauche présente de la matité à la base gauche, rien à l'auscultation. Le cœur est légèrement arythmique et tachycardique. Le 27 juillet, l'état général est grave. Le malade a des selles nombreuses, muqueuses et sanguinolentes. Le 28, il se produit une hémorragie rectale abondante (300 à 400 cc.). La langue est sèche et rôtie. On ne trouve rien à l'auscultation. Le pouls est bon.

Le 3 août, le flux diarrhéique devient moins intense. Le malade a encore de fréquentes émissions de mucosités sanguinolentes très fétides.

Depuis le 1er août, le malade a, par intermittence, des crises de hoquet, durant chaque fois une ou deux heures, au rythme moyen de 3 ou 4 par minutes. La langue est moins sèche, le teint bistré. On constate un grand amaigrissement. Le 27 août, grande amélioration de l'état général. Encore quelques selles liquides, peu abondantes, rétides, sans glaires ni sang.

La température qui était à l'entrée de 39°2 est montée à 39°8 puis est redescendue en lysys jusqu'à 36°8, au bout de quelques jours. Jusqu'à la fin de la maladie elle nest cependant pas resté stationnaire : la courbe montre une brusque ascension à 38°. Le 8 août, 38°2, le 8 août, et redescend pour y rester à 37° — 37°6.

Traitement : Laudanum XX gouttes par jour (6 fois en 10 jours).

Lavages intestinaux répétés avec 3 gr. de tanin.

Bismuth, sérum glucosé, chlorure de calcium.

Sérum glucosé, huile camphrée à haute dose.

Le 6 Octobre on voit à nouveau le malade. Il est guéri de sa diarrhée mais reste confiné au lit ou assis dans un fauteuil. Tout effort déclanche chez lui un accès de pleurer spasmodique. Enfin le malade est devenu gâteux.

Un dosage de l'urée sanguine pratiqué le 25 juillet, c'est-à-dire à l'entrée du malade dans le service, a donné 87 centigrammes.

Obs. III. — Léontine Br... 83 ans. — Sénile.

Entrée le 20 Juillet 1921 pour diarrhée et fièvre. La température à l'entrée est de 39°. La malade a une diarrhée sangui-nolente, noirâtre, peu abondante et peu fréquente. Le toucher rectal pratiqué à l'entrée ne produit aucune douleur, mais provoque un écoulement noirâtre de sang à odeur fétide. Cependant ce toucher ne révèle rien d'anormal au niveau de la paroi.

Les poumons présentent une congestion des bases assez marquée. Le cœur est normal.

Le malade s'affaiblit très rapidement ; la température persiste à 39 ou 39°5 et même 40 au 3^e jour, puis retombe brusquement à 37 le 4^e jour.

Traitement : Lavages intestinaux au permanganate de potassium — bleu de méthylène — benzo-naphtol — limonade lactique — huile camphrée. Guérison. ~

Obs. IV. — Vve Br... 76 ans. — Sénile.

Entre le 28 Juillet pour douleurs de la nuque et œdème des membres inférieurs, œdème mou, blanc, avec douleurs articulaires.

Les bruits du cœur sont sourds, arythmiques. La respiration est régulière, mais au tiers moyen du poumon gauche, on entend sous l'aisselle la respiration soufflante, l'inspiration rude. Dans les urines pas de sucre ni d'albumine. Vers le 20 Août, la malade a une crise de diarrhée, avec une légère poussée vespérale de température à 38° le 22 Août. La diarrhée est abondante, avec dix à douze selles par jour, selles jaunes, verdâtres, à

odeur fétide, présentant des glaires et quelques trainées de pus. La malade a la langue sèche, mais sans ulcérations.

Aucun signe pulmonaire. Après huit jours de traitement : lavages intestinaux au permanganate, benzo-naphtol, charbon, tanin opiacé, et diète, on constate une sérieuse amélioration. Le 30 août la diarrhée n'a pas reparu, il subsiste seulement quelques coliques et au réveil quelques nausées. La malade quitte quelques jours plus tard le service.

Obs. V. — Alexandrine Tab... 86 ans. — Sénile.

Entre dans le service le 6 Août, pour diarrhée abondante et fétide, et fièvre. Il n'y a eu aucun vomissements. Le 8 août l'état général est mauvais, la langue est sèche, on ne trouve rien à l'auscultation. La diarrhée persiste, la température reste à 39°. Le 11 Août la malade succombe. L'autopsie pratiquée le 12 montre les deux lobes inférieurs des deux poumons envahis par la broncho-pneumonie à type pseudo lobaire, avec quelques rares îlots de tissu sain. Le cœur est petit, l'aorte pavée, en particulier la crosse et la bifurcation abdominale. Quelques ulcérations rares sur la paroi rectale.

Obs. VI. — Agathe Touss. 77 ans. — Démence sénile. — (Amnésie légère, paresse intellectuelle, indifférence émotionnelle). Depuis Décembre 1920 la malade est alitée, la majeure partie de la journée, marche à petits pas. Gâtisme. Réflexes abolis. Le 3 Août 1921 entre dans le service pour diarrhée profuse. Les selles sont glaireuses et sanguinolentes.

État pulmonaire : matité base droite avec souffle.

Décès le 12 Août. L'autopsie pratiquée le 13 Août, montre des adhérences légères du poumon droit. Broncho-pneumonie pseudo-lobaire de la presque totalité du lobe droit. Le cœur est mou, flasque, mais ne présente rien aux orifices. Péricardite ancienne (plaques blanchâtres sur les faces antérieure et postérieure). Bride cicatricielle de la pointe. Peu d'athérome aortique. Le péritoine ne présente rien d'anormal. On trouve de nombreuses ulcérations à forme végétante sur tout le colon transverse et le cœcum ; rien au grêle ni à l'estomac.

Obs. VII. — Victoire Leb... 80 ans. — Sénile.

Entrée dans le service le 7 Juin pour dyspnée d'effort, cœur

arythmique. Tension artérielle prise à l'entrée 19,5 et 10. Le 10 Août, la malade est brusquement prise de diarrhée profuse sans vomissements, diarrhée très fétide. Les selles sont liquides, verdâtres, riches en mucosités glaireuses et hémorragiques. Elle a la langue sèche, les yeux enfoncés, le nez pincé. On constate de la raideur de la nuque et du Koernig. La base pulmonaire droite est mate, a respiration soufflante. Le 18 Août, après une légère amélioration, l'état général devient très mauvais. Rapidement la malade arrive à un état semi-comateux, sans fièvre. La langue est rôtie, les lèvres et la face intérieure des joues couvertes de fuliginosités. Les selles sont cependant peu abondantes ; peu nombreuses : trois ou quatre par jour ; elles sont jaunâtres, composées presque exclusivement de glaires sanglantes. Le lendemain la malade est dans le comas ; elle présente des ulcérations buccales et des fuliginosités. Les selles sont liquides, vert foncé et semblent contenir moins de sang. Elle succombe le 20 Août à 20 heures.

L'autopsie pratiquée le lendemain, montre une symphyse pleurale totale à droite, partielle à gauche. Le poumon droit présente une caserne du sommet et une congestion de la partie moyenne sans broncho-pneumonie apparente. Rien à gauche. Le péricarde contient 500 gr. de liquide citrin, de la péricardite de la pointe avec des adhérences. Le cœur est sclérosé et les valvules sigmoïdes aortiques et mitrales calcifiées. Les deux orifices sont nettement rétrécis. L'aorte présente une légère dilatation de la crosse et une calcification totale jusqu'à mi-hauteur de l'aorte thoracique. L'aorte abdominale est complètement calcifiée ainsi que les deux iliaques primitives.

On trouve des adhérences du foie, de la rate, de l'angle splénique du colon. L'intestin grêle n'a rien de particulier, non plus que le duodénum. Mais le gros intestin présente une ulcération polycyclique, à type circiné à la partie moyenne du colon.

Obs. VIII. — Femme Bl... 57 ans. — Album. 0. — Sucre 0. Urée urine 30 grg. 10. Lacunaire, pseudo bublaire, hémiplegie droite. Entre dans le service le 24 Juillet pour diarrhée fétide. Elle a la langue très sèche, la température ets à 38°. Les selles sont noirâtres avec quelques filaments de sang, et plus nombreuses que dans la majorité des cas ; elles atteignent en effet

le nombre de 10 par jour. Les lavages intestinaux à l'eau oxygénée amènent au bout de quelques jours une notable amélioration. Le 6 Août, les selles ont diminué progressivement et ne sont plus qu'au nombre de deux par jour. Du 8 au 13 Août, la malade n'a pas de selles et reste à la diète. Le 14 la diarrhée redevient brusquement très abondante lorsque la malade s'est alimentée en cachette. Toute la nuit les selles sont très nombreuses ainsi que dans la journée et atteignent le nombre de 20. Le 15 Août, la malade n'a que 3 selles jaunâtres très fétides. Sa langue est sèche mais non rôtie. L'abdomen est un peu dur non ballonné.

Rien aux poumons. Traitement : Tanin opiacé, lavages au permanganate, sérum, huile camphrée.

Le 20 Août, amélioration de la diarrhée, amélioration qui persiste jusqu'au 29 Août. Ce jour là, la malade a la langue sèche et rôtie. Ses pommettes présentent des varicosités, on trouve de l'inégalité pupillaire (depuis le 21 monoplégie brachiale totale droite).

Le 30 l'état général est très grave. La malade a la langue rôtie, une ulcération de la cornée, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Décès le même jour.

A l'autopsie on trouve une broncho-pneumonie typique. Le cœur est mou, flasque. L'aorte présente quelques plaques d'athérome, pas d'athérome. Rien au péritoine. L'estomac et l'intestin grêle sont intacts. Le gros intestin présente une intense congestion avec un léger dépoli de la muqueuse par places, surtout dans la région médiane du colon transverse et descendant, l'anse sigmoïde et le rectum.

Obs. IX — Femme Col., 76 ans. — Hémip légie droite sans aphasie.

Entre le 10 Août pour diarrhée. 8 selles par jour, selles hémorragiques (sang rouge) glaireuses comme du blanc d'œuf ; les matières fécales sont liquides, très fétides. Température à l'entrée 38°. La malade n'a pas la langue sèche. Pas de foyer de broncho-pneumonie. Submatite en arrière à droite. Respiration rude dans toute l'étendue du poumon droit. Décès après quelques jours de maladie. L'autopsie est faite et montre des plèvres libres. Pas de broncho-pneumonie. Le cœur est mou, flasque, présente quelques cicatrices d'infarctus. L'intestin grêle

est normal, mais le gros intestin a un aspect ulcéreux. On trouve une suffusion hémorragique sur toute la paroi du colon et du rectum.

Obs. X. — Vve Dr... 81 ans. — Sénilité.

Crises de mal comicial jusqu'à 35 ans. Crises nerveuses nuit et jour. Névropathe. Réflexes plantaires en flexion des 7 côtés. Cœur arythmique.

Entre à l'infirmerie le 14 Août 1921, avec diarrhée sans température, six selles quotidiennes liquides, jaunâtres, sans glaires, ni sang, ni membranes. Langue saburaale très sèche. Ulcérations du voile du palais.

Pas de température. Pas de foyer de broncho-pneumonie, submatité en arrière au tiers moyen. Urines sans sucre ni albumine.

16 Août. Quelques selles sanguinolentes, glaireuses. Vers le 22-23 Août l'état s'améliore un peu, la diarrhée disparaît.

Quelques jours plus tard la malade n'a plus de diarrhée, mais son état général reste médiocre, elle est apathique somnolante.

Le 1^{er} Septembre, tache ecchymotique au niveau de la pointe sacrée. Tendance à l'escarre.

Tension artérielle le 1^{er} Septembre : Mx 15 — Mn 8. Urée sanguine 0 fr. 65.

La malade sort guérie.

Obs. XI. — Femme Lef... D. clin. — Diarrhée. — Colite hémorragique ulcéreuse. Pas de broncho-pneumonie.

Autopsie du 4 Septembre 1921.

Rien aux plèvres — simple congestion des poumons — Athérome généralisé de l'aorte. Le colon transverse présente des ulcérations cratériformes assez nombreuses surtout à l'angle splénique, de la dimension de petites lentilles, à bords irrégulièrement arrondis.

Le colon descendant, l'anse sigmoïde et le rectum, présentent une suffusion hémorragique de la muqueuse, considérable, avec de nombreuses ulcérations en cratère disséminées dans toute cette zone hémorragique.

Obs. XII. — Femme Fich... 75 ans. — Maladie de Parkinson. — Diarrhée — Broncho-pneumonie droite.

Autopsie le 16 Août. Suffusion hémorragique sur tout le colon transverse. Adhérences de la plèvre au poumon droit. Broncho-pneumonie type du lobe inférieur droit. Symphyse péricardique totale. Aorte pavée. Rien à l'intestin grêle ni à l'estomac. Petit adénome de la muqueuse gastrique. Grosse suffusion hémorragique du colon transverse. Une ulcération dans le cæcum.

Obs. XIII. — Femme Die... 76 ans. — 18 Août 1921. — D. clinique pseudo-bulbaire. Décédée d'entérite aiguë et broncho-pneumonie. Légères adhérences pleurales du poumon droit. Broncho-pneumonie droite, foyer à la face postérieure du lobe inférieur. Cœur mou, flasque, quelques cicatrices d'infarctus. Aorte calcifiée. Rien à l'intestin grêle. Gros intestin : aspect tomenteux, végétant sur toute la longueur, en particulier au niveau du cæcum et du rectum. Ulcérations microscopiques disséminées.

Conclusions

Il est relativement fréquent de constater dans les hospices de vieillards, durant la période estivale des cas d'entérite aiguë grave survenant chez des individus très âgés confinés au lit et cachectiques. Nous avons pu avec MM. Cornil et Cuel réunir onze observations dont les principaux traits sont les suivants :

Le début est brusque, se traduisant par l'apparition de selles liquides très fétides, tantôt jaunâtres, tantôt noirâtres, tantôt glaireuses et sanglantes et dont la fréquence varie de quatre à douze par jour. Elles s'accompagnent parfois de vomissements dans les premières heures. La langue est sèche, rôtie et l'on peut même observer des ulcérations buccales. L'état général est très rapidement atteint, l'adynamie, la prostration sont très marquées dès le 2^e ou 3^e jour. La température n'est pas très élevée, restant au voisinage de 38°. Mais deux caractères négatifs importants sont l'absence ou le peu d'intensité des douleurs abdominales d'une part ; d'autre part, l'urée du sang notée à plusieurs reprises n'a jamais dépassé les limites d'une azotémie très modérée. Dans certains cas très rares où la guérison est survenue au bout de quelques jours, on voit la diminution de fréquence des selles. La fièvre tombe et parfois les selles se traduisent par une exonération puriforme dans laquelle domine le colibacille, et on observe le retour progressif à l'état normal..

Dans les cas défavorables, l'évolution est rapide et la terminaison par broncho-pneumonie assez fréquente.

Il existe en effet deux types évolutifs basés sur la durée et se terminant par la mort : l'un à évolution suraiguë (en deux ou quatre jours), l'autre plus prolongé (huit à dix jours).

L'examen bactériologique complet n'a malheureusement pu être fait d'une façon méthodique et constante. Recherchés dans quelques cas, les divers bacilles dysentériques ainsi que les amibes n'ont jamais été retrouvés.

La flore microbienne, très riche et très variée, a présenté parfois une association strepto-coli-bacillaire très nette fait déjà observé par Nobécourt et Lesage dans certaines entérites aiguës des nourrissons.

Les lésions anatomo-pathologiques peuvent être synthétisées ainsi :

1° — Les altérations prédominent dans la presque totalité des cas au niveau du colon, ce qui nous permet de désigner ces formes cliniques sous le nom de côlites.

2° — Les lésions constatées à l'autopsie peuvent se ranger en deux groupes principaux :

Dans l'un, congestion intense allant jusqu'à la suffusion hémorragique de la muqueuse, mais ne s'accompagnant pas d'ulcération.

Dans l'autre, de beaucoup le plus important, il s'agit de formes ulcéreuses. Tantôt ces ulcérations en nombre limité prennent l'aspect cra-

tériforme ; tantôt, le plus souvent, leurs bords sont polycycliques rappelant assez l'aspect des ulcérations dysentériques bacillaires.

3° — L'examen histologique confirme l'existence de ces deux formes, mais précise en outre l'état scléreux particulièrement net des vaisseaux pouvant même aller jusqu'à la thrombose.

Cette dernière considération permet de penser que la sclérose du système vasculaire joue un rôle primordial dans la gravité du pronostic de ces côlites infectieuses.

Vu : *Pour le Doyen :*
G. POUCHET.

Vu : *le Président :*
Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie :
ISTRIA.

Bibliographie

- LOEPER. — Les lésions rectales de la dysenterie bacillaire. *Journal médical Français*. Tome VIII, N° 8. Août 1919.
- LOUSTE ET GODLEWSKI. — Les épidémies autochtones de dysenterie bacillaire.
- LOEPER. — Les crises intestinales des aortiques. *Progrès Médical* du 10 Décembre 1910.
- MALLOIZEL ET DATESSEN. — Epidémies de Bretagne. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*. 26 Janvier 1917.
- MOUISSET. — Des ulcérations intestinales chez les artério-scléreux. *Lyon Médical*, Tome III, 1900.
- COSTANTINI. — Sur la pathogénie de la dysenterie bacillaire. *La Riforma Medica* (Naples) Tome XXXIV, N° 12. Mars 1919.
- BESANÇON-RANQUE-SENEZ-COVILLE ET PARAF. — Etude bactériologique d'une épidémie de dysenterie bacillaire. *Académie de Médecine*, 26 Mars 1918.
- Fidel Fernandez MARTINEZ. — L'artério-sclérose abdominale et l'oblitération des vaisseaux mésentériques. *Paris Médical*. 8 Octobre 1921.
- DURANT-FARDEL. — Entérite aiguë. *Traité pratique des maladies des vieillards*, page 713.
- ENRIQUEZ. — Entérites. *Traité de Médecine*. Tome I, page 1266.
- CORNIL ET CUEL. — Considérations anatomiques sur l'entérite aiguë du vieillard. *Société anatomique*, 5 Décembre 1921.
- JANOWSKI. — Quelques remarques sur l'étiologie de la dysenterie. *Paris Médical*. XI^e Année. N° 34, page 152, 20 Août 1921.
- LEMIERRE ET PIEDELIEVRE. — Les colites ulcéreuses chez les urémiques. *Gazette des Hôpitaux*, Novembre 1921.
-

